

Marques, A et al. (1991). Reações emocionais à doença grave: como lidar... Coimbra: Psiquiatria Clínica.

O DOENTE TERMINAL

A morte é sem dúvida a imagem do fracasso da ciência e da tecnologia em que o homem de hoje tanto confia. Talvez, também, por isso se tenha tornado o grande tema tabu.

A situação do doente que morre — *o morrer* — torna imperativo o confronto com aquela ideia. Muitas vezes só recorrendo à negação, ao evitamento, ao irracional, se consegue lidar com ela.

A noção psicanalítica de que cada um de nós "*está convencido inconscientemente da sua própria imortalidade*" parece ser a que melhor caracteriza a incapacidade para integrar o conceito de morte de nós próprios: "*é como olhar directamente o sol. Ninguém o consegue fixar senão por breves segundos*".

Mais do que qualquer outro, o médico terá de lidar frequentemente com doentes que morrem. A época em que vivemos tem-se pautado por progressivas modificações nos valores e tradições familiares, sociais e religiosas, pelo que o doente, cada vez mais, corre o risco de se encontrar sózinho face à sua própria morte.

Se o medo da morte é inerente à condição humana, o seu último aspecto é, seguramente, o medo de morrer sózinho.

O doente perante a morte tem que fazer o luto de todas as suas relações e, acima de tudo, fazer o luto de si próprio. Tem necessidade de uma presença, a sua última relação a dois, para enfrentar esta perda. É na maioria das vezes a experiência de estar sózinho na companhia de outrém.

Kubler-Ross descreve 5 estadios que são úteis para a compreensão das diferentes fases que pode vivenciar o doente que vai morrer.

a morte de morte.

Não são absolutos, nem estanques, porque os indivíduos não as vivenciam nem na mesma ordem, nem no mesmo ritmo, nem passam necessariamente por todas elas.

O paradigma de Kubler-Ross deve ser usado de forma flexível e intuitiva, tornando-se útil quer para a compreensão global dos doentes cancerosos, quer ainda, em qualquer doença crónica invasiva, incapacitante, remitente ou terminal.

A primeira fase, de **Negação e Isolamento**, é referenciada como a reacção inicial do indivíduo ao aperceber-se da sua doença (choque e negação): *"não, não posso ser eu"*. Esta reacção é praticamente universal e necessária à vida.

Há alguns comportamentos característicos que geralmente acompanham esta fase:

— o doente pode consultar vários médicos, para verificar ou infirmar o diagnóstico; pode querer novos exames; pode insistir no carácter passageiro da sua doença, ou na natureza benigna da sua afecção.

Muitas vezes esta negação vai dar lugar, de modo subtil, a uma forma de isolamento, onde fala da sua doença, p.e. do seu cancro, sem que tenha integrado a ideia da morte.

Segundo Weissman há 3 tipos de negação: a negação completa da doença, a negação das suas implicações (*"tenho um cancro, mas muita gente o venceu"*) e a negação do desenlace fatal.

O 2º estadio corresponde à fase de **Cólera**: se o doente ultrapassa o estado de negação e começa a confrontar-se com a morte, reage de forma típica com raiva *"porquê eu?"*. Começa a exprimir a sua ira perante a sua má sorte, diante daqueles que não estão condenados e que escapam ao seu destino trágico. Este estado é, geralmente, difícil para os que o rodeiam, pois o doente tem tendência a deslocar e projectar a sua raiva contra o médico, que não diagnosticou a tempo a sua doença, os enfermeiros que não são suficientemente rápidos a responder aos seus pedidos e não se ocupam dele como deviam, contra Deus que lhe impõe a sentença de morte.

Devido a esse comportamento, provocam muitas vezes a cólera dos outros, que começam a ter atitudes de evitamento, infelizmente para

o doente, porque é, precisamente, nesta fase, que ele faz frente às suas perdas, às suas limitações, à frustração.

Esta raiva deverá ser exteriorizada, ela é quase inevitável, para que o doente evolua para uma aceitação da sua morte: *térá que se confrontar com a solidão, os seus conflitos, a sua culpabilidade e com a falta de sentido da vida*".

Na fase de **Negociação**, o doente gradualmente aceita o facto de estar prestes a morrer ("*sim, sou eu, mas...*"), mas tenta conseguir um prolongamento do tempo de vida, uma diminuição da dor, melhores cuidados e negocea o seu bom comportamento com Deus, com os que o rodeiam e, inclusivé, com a equipa médica.

Passa a seguir escrupulosamente o seu tratamento, começa um regime mais saudável, promete ser mais compreensivo e tolerante com os outros, dedica mais tempo às práticas religiosas, etc., visando prolongar a vida por mais uma semana, um mês ou um ano.

Pouco importa o que promete, habitualmente não as consegue cumprir, e isso aumenta-lhe a culpabilidade, surgindo maior angústia.

Na 4ª fase, de **Depressão**, o doente gradualmente toma consciência das conseqüências reais da sua doença e passa por um período depressivo ("*sim, sou eu!*"). De início a depressão é reactiva, o doente verbaliza e activa-se. Chora sobre as provações passadas, os seus pecados, as decepções da sua vida.

Poder-se-á seguir um período de silêncio, um estado de "luto preparatório": prepara-se para a chegada da morte, torna-se mais calmo e não quer mais visitas. A comunicação é sobretudo não verbal e o doente apenas deseja uma presença, o toque de uma mão.

Na última fase, de **Aceitação**, o doente aceita finalmente a morte: "*A minha hora chegou e tudo está bem!*".

Mostra-se menos interessado no que o rodeia. É um período difícil quer para a família, que se sente rejeitada, quer para a equipa médica, que se confronta com o seu insucesso e que se esforça, ainda mais, por salvar o doente. Ele está prestes a morrer e começa a falar nisso claramente.

A equipa tende a tranquilizar-se a si mesma e ao doente, não descurando um último esforço de quimioterapia, de antibioterapia, de estimulação: *"força o doente a fazer a sua sessão na poltrona, tenta a transferência para Neurologia por metástase cerebral, quando o doente agonizante, quer ficar na cama e morrer"*.

Nem todos os doentes morrem no mesmo estadio: uns mantêm-se na negação, outros afundam-se na depressão, e só alguns atingem a fase de aceitação. Estes últimos são descritos como sendo aqueles que podem manter conversas profundas com pessoas significativas, que mostram um diálogo real e que conseguem aceitar as coisas boas e as coisas más; de outro modo, serão aqueles que conseguiram uma maior maturidade, uma vida interior e interpessoal mais fecunda.

A individualidade e a dignidade devem ser apoiadas. Nem todas as mortes podem ser completamente adequadas, mas as condutas mais tranquilizadoras podem ser facilitadas, permitindo melhorar mortes potencialmente dolorosas.

Os 3 receios mais comumente expressos são: o medo de ser abandonado, a dor e a dificuldade respiratória.

Na prática clínica as queixas comuns, quando o doente está realmente na fase pré-terminal são as náuseas e os vómitos, a dispneia e a disfagia. Sem o alívio da dor, a sobrevivência é praticamente impossível. Deve-se assegurar ao doente o controlo da dor e do sofrimento, o que geralmente é possível. Este compromisso será muito mais reconfortante que as conversas sobre o tempo de vida.

De uma maneira geral, podemos afirmar que os requisitos para uma boa morte são:

1 – A atenção – o controlo satisfatório dos sintomas, especialmente da dor e da confusão. Inclui o apoio de pessoas significativas.

2 – O controlo – permitir ao doente, na medida das suas possibilidades, participar nas decisões importantes, fazer perguntas e tomar conhecimento do que vai acontecendo.

3 – A serenidade – indicada por uma atitude de equilíbrio e aceitação.

4 – A comunicação – que deve ser o mais franca possível, de acordo com o desejo do doente.

5 – A continuidade – constituindo um elo entre as actividades importantes da vida habitual e o comportamento residual que é permitido ao doente.

Não há uma forma ideal para o clínico abordar o doente terminal. Deve fazê-lo adoptando uma atitude aberta e flexível, tendo presente que aqueles estão muito mais conscientes das suas capacidades e das suas limitações do que o terapeuta e que fazem uso de mecanismos de coping, dos quais aprenderam a depender durante crises prévias.